A LA VENTA POR SUPERINTENDENT OF DOCUMENTS, US GOVERNMENT PRINTING OFFICE
WASHINGTON, DC 20402 NO. DE ABASTO 048-000-00363-0

Formulario estándar 1199A
(Revisado junio de 1987)
Prescrito por Treasury Department
Treasury Dept. Cir. 1076

OMB No. 1510-0007

DEPÓSITO DIRECTO FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

INSTRUCCIONES

- Para inscribirse al Depósito directo, el beneficiario debe leer el reverso de este formulario y llenar la información solicitada en las secciones 1 y 2. Luego debe llevar o enviar este formulario a la institución financiera. La institución financiera verificará la información en las secciones 1 y 2 y llenará la sección 3. El formulario lleno será devuelto a la agencia del gobierno identificada abajo.
- Se debe llenar un formulario separado por cada tipo de pago a ser enviado por Depósito Directo.
- El número de reclamo y tipo de pago están impresos en los cheques de gobierno. (Vea el cheque de ejemplo en el reverso de este formulario). Esta información también está anotada en las cartas de asignación de beneficiario / rentista y otros documentos de la agencia de gobierno.
- Los beneficiarios deben mantener informada a la agencia de gobierno acerca de cambios de dirección, con el fin de recibir información importante acerca de beneficios y para permanecer calificado para los pagos.

SECCIÓN 1 *(A SER LLENADA POR EL BENEFICIARIO)*

A NOMBRE DEL BENEFICIARIO (apellido, *nombre, inicial media)*

DIRECCIÓN *(calle, ruta, P.O. Box, APO/FPO)*

CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO
CÓDIGO DE ÁREA

B NOMBRE DE LA(S) PERSONA(S) CON DERECHO AL PAGO

C NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL RECLAMO O NÓMINA DE PAGO

Prefijo | Sufijo

D TIPO DE CUENTA DEL DEPOSITANTE ☐ CHEQUES ☐ AHORROS

E NÚMERO DE CUENTA DEL DEPOSITANTE

F TIPO DE PAGO *(Marque solamente una)*

- ☐ Seguro Social
- ☐ Ingreso complementario de garantía
- ☐ Retiro del ferrocarril
- ☐ Retiro de servicio civil (OPM)
- ☐ Compensación o pensión VA
- ☐ Salario federal / Pago mil. civil
- ☐ Mil. activo:
- ☐ Mil. retirado:
- ☐ Mil. sobreviviente:
- ☐ Otro: *(especifique)*

G ESTA CASILLA SOLAMENTE PARA ASIGNACIÓN DE PAGO *(si aplica)*

TIPO | MONTO

CERTIFICACIÓN DE BENEFICIARIO / BENEFICIARIO CONJUNTO

Certifico que tengo derecho al pago identificado anteriormente y que he leído y comprendido el reverso de este formulario. Al firmar este formulario, autorizo que mi pago se envíe a la institución financiera nombrada a continuación para que sea depositado en la cuenta designada.

FIRMA	FECHA
FIRMA	FECHA

CERTIFICACIÓN DE TENEDOR DE CUENTA MANCOMUNADA (opcional)

Certifico que he leído y comprendido el reverso de este formulario, que incluye el AVISO ESPECIAL PARA TENEDORES DE CUENTA MANCOMUNADA.

FIRMA	FECHA
FIRMA	FECHA

SECCIÓN 2 *(A SER LLENADA POR EL BENEFICIARIO O INSTITUCIÓN FINANCIERA)*

NOMBRE DE LA AGENCIA DE GOBIERNO	DIRECCIÓN DE LA AGENCIA DE GOBIERNO

SECCIÓN 3 *(A SER LLENADA POR LA INSTITUCIÓN FINANCIERA)*

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA

NÚMERO DE RUTA ☐☐☐☐-☐☐☐☐ DÍGITO DEL CHEQUE ☐

TÍTULO DE LA CUENTA DEL DEPOSITANTE

CERTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA

Confirmo la identidad del (los) beneficiario(s) antes mencionado(s) y el número y título de la cuenta. Como representante de la institución financiera antes mencionada, certifico que la institución financiera acuerda recibir y depositar el pago identificado anteriormente, de conformidad con 31 CFR Partes 240, 209, y 210.

ESCRIBA O IMPRIMA EL NOMBRE DEL REPRESENTANTE	FIRMA DEL REPRESENTANTE	NÚMERO DE TELÉFONO	FECHA

Las instituciones financieras deben referirse al LIBRO VERDE para más instrucciones.

LA INSTITUCIÓN FINANCIERA DEBE ENVIAR POR CORREO EL FORMULARIO LLENO A LA AGENCIA DE GOBIERNO IDENTIFICADA ARRIBA.

☐ COPIA DE AGENCIA DE GOBIERNO ☐ COPIA DE INSTITUCIÓN FINANCIERA ☐ COPIA DE BENEFICIARIO(S)

ESTIMACIÓN DE DECLARACIONES PÚBLICAS

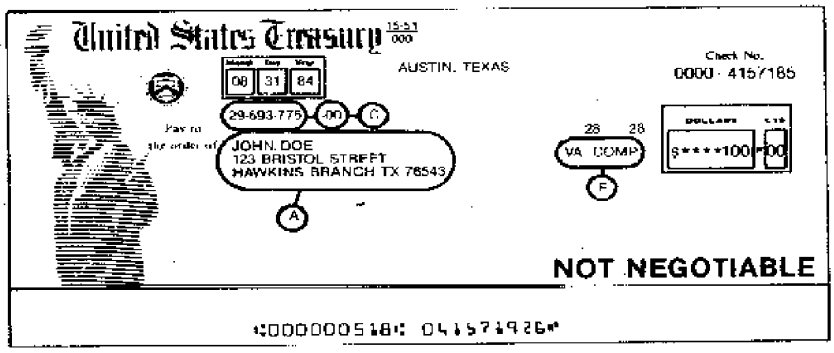
El promedio estimado para esta recopilación de información es de 10 minutos por persona respondiente o registrador, dependiendo de las circunstancias individuales. Los comentarios acerca de la exactitud de este estimado y las sugerencias para reducirlo se deben dirigir a Financial Management Service, Facilities Management Division, Property & Supply Section, Room B-101, 3700 East-West Highway, Hyattsville, MD 20782 o a Office of Management and Budget, Paperwork Reduction project (1510-0007), Washington, D.C. 20503.

POR FAVOR LEA ESTO CUIDADOSAMENTE

Toda la información de este formulario, que incluye el número individual de reclamo, es requerido bajo 31 USC 3322, 31 CFR 209 y / o 210. La información es confidencial y es necesaria para probar el derecho a los pagos. La información será usada para procesar la información de pagos de la agencia federal a la institución financiera y / o su representante. El no proporcionar la información requerida puede afectar el procesamiento de este formulario y puede retrasar o evitar la recepción de pagos por medio del programa de Depósito directo / transferencia electrónica de fondos.

INFORMACIÓN QUE SE ENCUENTRA EN LOS CHEQUES

La mayor parte de la información necesaria para completar las casillas A, C y F en la sección 1 está impresa en su cheque de gobierno:



(A) Asegúrese que el nombre del beneficiario esté escrito exactamente como aparece en el cheque. Asegúrese que se muestra la dirección actual.

(C) Los números de reclamo y sufijos están impresos aquí en los cheques, debajo de la fecha para el tipo de pago mostrado aquí. Revise en el Libro verde la ubicación de prefijos y sufijos en otro tipo de pagos.

(F) El tipo de pago está impreso a la izquierda del monto.

AVISO ESPECIAL PARA TENEDORES DE CUENTA MANCOMUNADA

Los tenedores de cuenta mancomunada deben informar inmediatamente tanto a la agencia de gobierno como a la institución financiera acerca de la muerte de un beneficiario. Los fondos depositados después de la fecha de muerte o no calificado, excepto por pagos de salarios, deberán ser devueltos a la agencia de gobierno. Entonces, la agencia de gobierno tomará la decisión acerca de los derechos de los sobrevivientes, calculará los pagos de beneficio al sobreviviente, si lo hubiera, e iniciará los pagos.

CANCELACIÓN

El convenio representado por esta autorización permanece en efecto hasta que sea cancelado por el recibidor mediante aviso a la agencia federal o por la muerte o incapacidad legar del recibidor. Ante la cancelación por el recibidor, el recibidor debe notificar a la institución financiera que recibe acerca de esta decisión.

El convenio representado por esta autorización puede ser cancelado por la institución financiera mediante aviso escrito al recibidor 30 días antes de la fecha de cancelación. El recibidor debe informar inmediatamente a la agencia federal si la autorización es cancelada por la institución financiera. La institución financiera no puede cancelar la autorización mediante aviso a la agencia de gobierno.

CAMBIO DE INSTITUCIONES FINANCIERAS QUE RECIBEN

La institución financiera seleccionada continuará recibiendo el Depósito directo del beneficiario hasta que la agencia de gobierno sea notificada por el beneficiario que el beneficiario desea cambiar la institución financiera que recibe el Depósito directo. Para realizar este cambio, el beneficiario llenará un nuevo formulario SF1199A en la nueva institución financiera seleccionada. Se recomienda que el beneficiario mantenga las cuentas en ambas instituciones financieras hasta que se complete la transición, por ejemplo, después de que la nueva institución financiera reciba el pago de Depósito directo del beneficiario.

DECLARACIONES FALSAS O RECLAMOS FRAUDULENTOS

La ley federal estipula una multa no mayor de $10,000 o encarcelamiento por no más de cinco (5) años o ambos por presentar declaraciones falsas o hacer un reclamo fraudulento.